衢州市区工伤保险服务协议机构资格申请表

|  |
| --- |
| 申请类别： □工伤保险服务协议医疗机构 □工伤保险协议辅助器具配置机构  |
|  |  |  |
| 机构名称 | 　 |
| 地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 执业许可证号 | 　 | 所有制形式 | 　 |
| 统一社会信用代码 | 　 | 机构内部工伤保险管理部门联系电话 | 　 |
| 法定代表人 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 成为基本医疗保险定点医疗机构时间 |   | 定点所在行政区域 | 　 | 医院 级别 | 　 |
| 企业基本情况  | 　 |
|
| 前一年内是否存在因违反社会保险、卫生、市场监督和物价管理等相关规定被上述行政主管部门处罚记录 | 　 |  | 是否同意进行工伤保险联网结算系统改造 |  | 　 |
| 申请单位意见 |  我机构申请成为衢州市区工伤保险服务协议机构，并承诺所填写的信息及所提供的相关材料真实有效。如上述材料与事实不符，我机构将承担所造成的一切后果。 |
|
|  法定代人表签名： （公章） |
|  申请日期： 年 月 日 |